

## EL PAPEL DE LA SALUD PÚBLICA FRENTE A LA PANDEMIA: IDEAS PARA EL FUTURO

El presente documento recoge las principales conclusiones del encuentro auspiciado por SESPAS en la trigésimo tercera edición de la escuela de salud pública de Menorca, que abordó tres de los muchos aspectos relevantes de cara al futuro.

### ***Introducción:***

- ***¿Cuál es el punto de partida del sistema de salud pública en la pandemia?***
- ***¿Cuál fue su liderazgo en la gestión de la pandemia?***

La pandemia ha supuesto una prueba de estrés auténtica --no un simulacro-- para los precarios recursos de la salud pública del país. Particularmente para los servicios de las distintas administraciones públicas responsables de la protección colectiva de la salud comunitaria, y de la vigilancia y el control de las enfermedades epidémicas.

Se trata de unos dispositivos infradotados, cuyas instalaciones y equipamientos además de escasos son, en muchos casos, obsoletos. Estas deficiencias y limitaciones afectan a los dispositivos gubernativos de la salud pública desde la constitución misma del Sistema Nacional de Salud, puesto que la Ley General de Sanidad de 1986 dejó en manos de las comunidades autónomas y de las administraciones locales las responsabilidades ejecutivas de la vigilancia y de la protección colectiva de la salud comunitaria.

La Ley General de Salud Pública, de 4 de octubre de 2011, no ha podido siquiera intentar corregir estas insuficiencias, al no haberse procedido a su desarrollo reglamentario. En cualquier caso, ninguna de las Administraciones sanitarias públicas responsables parece haber priorizado la salud pública entre sus respectivas áreas de competencia, cuyos recursos no suelen sobrepasar el 1% de los presupuestos destinados a sanidad. Tal vez porque lo urgente a menudo se antepone a lo importante. Y, como es tradicional, y hasta cierto punto comprensible, de la Salud Pública solo nos acordamos cuando hay problemas. Además, sin duda, la hegemonía cultural --preferencias y expectativas visibles - - la ostenta la asistencia especializada.

Todo lo cual ha limitado el protagonismo que cabía esperar de la salud pública - - particularmente como institución gubernamental-- frente a un problema colectivo de salud comunitaria, a pesar de que sea éste el genuino ámbito de la salud pública, cuyos criterios y métodos específicos permiten valorar la

importancia objetiva del problema, las previsiones de su evolución y desde luego, la pertinencia de las medidas de control.

En todo caso, lo anterior no excusa la pertinencia de reflexionar sobre el papel que podría (o debería) desarrollar la salud pública en situaciones similares, que muy probablemente se presenten de nuevo en el próximo futuro.

En el encuentro citado se ha debatido sobre tres aspectos seleccionados --por razones de tiempo--, entre aquellos considerados más relevantes: los sistemas de información, la comunicación y el liderazgo de la salud pública. El resultado del encuentro se resume en las siguientes consideraciones:

### ***1) Información y vigilancia***

- ***¿Cuál es su propósito y enfoque?***
- ***¿Qué recursos deben dedicarse?***
- ***¿Qué aspectos deben priorizarse?***

El sistema de información y vigilancia de salud pública es un elemento fundamental e imprescindible para el buen funcionamiento de la Salud Pública, no solo como institución gubernativa, sino también como ámbito profesional y académico por lo que constituye una prioridad.

El propósito principal del sistema de información y vigilancia **no sólo debería** ser proporcionar apoyo al sistema sanitario para racionalizar al máximo sus prioridades y actividades, sino también al conjunto de las administraciones públicas responsables de ejecutar las políticas de protección y promoción de la salud comunitaria. Por ello **no debería** considerar exclusivamente las variables directamente asociadas a las enfermedades (casos de enfermos y de infectados si corresponde según edad, sexo, residencia, ocupación, nivel educativo, etc.) sino que debería incorporar también los datos que permitan analizar la influencia de los determinantes sociales, y la perspectiva de desigualdades.

Respecto a su desarrollo práctico:

- a) Debería fomentarse la **intersectorialidad** y la colaboración entre diferentes departamentos y agencias de las administraciones públicas (incluyendo educación, servicios sociales, etc.), mediante la coordinación de las diferentes instituciones entre ellas y con las instituciones de salud pública, lo que debería garantizar la suficiente flexibilidad y adaptabilidad en entornos de riesgos y estrategias cambiantes.
- b) Debería disponer de los **recursos necesarios** para cumplir sus funciones, lo que incluye la disponibilidad de equipamientos y tecnologías adecuadas. Así mismo, la dotación de personal debería incluir los nuevos perfiles profesionales (como los relacionados con ciencias de datos) y la mejora de las capacidades

(en ciencias de datos, pero también epidemiológicas) del personal de salud pública (lo que exige la correspondiente formación).

c) Es imprescindible **optimizar** la capacidad de recogida, análisis e interpretación de los datos. Se precisa de un lenguaje común entre los sistemas de información, con un esfuerzo decidido en lograr claridad del lenguaje y de los propios datos. A su vez, se debe facilitar la interoperabilidad de manera que los datos se recojan en un formato común y puedan compartirse. Por otra parte, debe determinarse qué datos son los imprescindibles y para qué se van a usar, disponiendo de la suficiente cobertura legal que ampare el registro y manejo de los datos personales en la vigilancia de la salud, y sea compatible con la protección de la confidencialidad.

d) Conviene desarrollar mecanismos adecuados de **comunicación** a la población de los resultados de los sistemas de vigilancia, y de las medidas/intervenciones adoptadas en función de estos resultados (que se desarrollan en el apartado II).

e) No puede olvidarse la necesidad de incorporar la **información** de las **prácticas privadas** (establecimientos, centros y sistemas sanitarios), adecuada a las características organizativas del sector, ya que permiten complementar al sistema público. Tienen que ajustarse a las mismas normas del ámbito público, aprovechando la colaboración informal existente, pero promoviendo la coordinación funcional. Por ejemplo, se trataría de evitar los problemas de integración de la información de los laboratorios privados sobre las PCRs, que dan servicio de forma generalizada y se codifican con número de muestra.

## **II) Comunicación**

**- ¿Cuál es el flujo de la comunicación durante una alerta sanitaria?**

**- ¿Qué requisitos precisa para ser de calidad?**

**- ¿Cómo manejar la incertidumbre en los mensajes a la población?**

La comunicación en situaciones epidémicas se encuadra en tres planos superpuestos en función de su origen:

- de las autoridades competentes a los profesionales, a los medios de comunicación social y a la población;
- de las sociedades científicas y profesionales a sus afiliados, a los medios de comunicación social y a la población;
- de los medios de comunicación social a la población,

y resulta decisiva tanto para generar una percepción adecuada de la importancia del problema como para mejorar la efectividad, la eficiencia, la equidad y la seguridad de las medidas adoptadas para la prevención y el control.

La credibilidad de las fuentes de comunicación es crucial para generar la imprescindible confianza en los contenidos, de modo que es indispensable la transparencia, que deberían respetar todas las fuentes de comunicación. El concepto de transparencia implica veracidad -- no distorsionar ni enmascarar -- y responsabilidad, tanto sobre la claridad de los mensajes, de modo que sean inteligibles, como en lo que respecta a tener en cuenta las eventuales consecuencias que puede generar la información.

Por ello, la comunicación a la población por parte de las autoridades competentes no debería consistir en un alud de datos -- no siempre fácilmente interpretables--, que puede contribuir a generar confusión y zozobras inconvenientes, sino más bien en una selección de aquellos más relevantes para la adecuada valoración de la importancia del problema y la justificación de las medidas de prevención y de control que se adopten, sin ocultaciones ni enmascaramientos, de manera que promuevan la respuesta responsable y ajustada de la población.

El flujo del mensaje consta de tres momentos clave: su elaboración, su emisión y su evaluación.

a) **Elaboración.** Se deberían evaluar previamente las eventuales consecuencias de los mensajes, por lo que habría que comunicar preferentemente aquellos que tengan una justificación sólida, evitando así alarmismos indeseables o, por el contrario, banalizaciones irresponsables. Por otro lado, la comunicación de la ignorancia y de la incertidumbre, inevitables ante nuevas amenazas, puede contribuir a mejorar la credibilidad siempre que se lleve a cabo adecuadamente, por lo que deberían diseñarse estrategias y procedimientos para afrontarlas y gestionarlas. Es importante insistir en la naturaleza no dogmática de la ciencia y en la diferencia entre creencias (fe, convencimiento pleno) y el conocimiento científico (explicaciones replicables que pueden modificarse). Por ejemplo, los mensajes a la población deberían partir de que no existe el riesgo cero, ni soluciones sencillas a problemas complejos. Lo que no justifica que los mensajes basados en el conocimiento científico no sean claros, sobre todo en el caso de las medidas de protección y de control adoptadas y, en particular, cuando tales medidas se modifican.

Los formatos de los mensajes deberían ser más imaginativos y atractivos, y deberían elaborarse relatos inteligibles y lo más veraces posible. Desde las sociedades científicas y profesionales podrían elaborarse prontuarios de carácter pedagógico para facilitar la comprensión del significado de la información que se difunde, sin imponer una determinada interpretación.

b) **Emisión.** Deben considerarse los niveles de emisión adecuados para tipos de receptores distintos, que pueden venir determinados por edad, género, nivel académico, etc., para lo que deben utilizarse inteligentemente las plataformas que ya existen (blogs, *influencers*, etc.) complementariamente a los *mass media* tradicionales.

Los profesionales, particularmente los afiliados a las sociedades científicas y profesionales, deberían comprometerse a respetar un código deontológico de comunicación apropiado que incluya, además de las recomendaciones establecidas, el deber de decir que no se sabe cuando no se sabe, por mucho que insistan los periodistas. Convendría que las sociedades científicas y profesionales elaboraran códigos de comunicación a sus afiliados, y que estos fueran accesibles públicamente.

c) **Evaluación.** El proceso de comunicación debería incluir el análisis del efecto de los mensajes en los receptores potenciales. Si se han recibido, se han entendido y qué consecuencias --positivas y negativas-- les son atribuibles, a fin de corregir en su caso insuficiencias, limitaciones o excesos.

Dada la desconfianza de la ciudadanía en los mensajes “científicos” que no se explican bien (por ejemplo, la necesidad de la cuarta dosis de la vacuna de la COVID-19), se requiere reconstruir los relatos asociados a cada decisión de manera articulada, dando respuesta a una pregunta legítima: *¿Por qué hemos cambiado estas medidas?*

Por su parte, las sociedades científicas y profesionales deberían fomentar o, cuando menos, no obstaculizar, los debates corporativos sin estigmatizar negativamente a los potenciales discrepantes, y gestionar positivamente los eventuales desacuerdos sobre la percepción de la importancia de los problemas y la pertinencia de las medidas recomendadas, independientemente de los pronunciamientos públicos que decidan efectuar.

### III) Liderazgo y gobernanza

- **¿Quién debe liderar la respuesta en una pandemia?**
- **¿Puede haber diferentes liderazgos? ¿Cómo deben coordinarse?**
- **¿Qué nuevas instituciones deben crearse y cuáles de las actuales deben evolucionar para mejorar la capacidad de respuesta?**

Las sociedades científicas y, en general, el ámbito académico, han sido más reactivos que propositivos. Tal vez se ha preferido aprovechar la ventana de oportunidad para el desarrollo profesional o institucional propio, en lugar de colaborar activa y sustantivamente con los órganos de la administración pública legitimados para gestionar la prevención y el control de pandemia.

En cuanto a la dimensión administrativa de la salud pública, en general parece como si los dispositivos de los órganos gubernamentales competentes (autonómicos y locales) hubieran optado por la discreción y el cumplimiento del deber, una actitud comprensible dado el contexto jerárquico.

En su caso, sin embargo, este tipo de actitudes puede disuadir planteamientos más creativos y comprometidos, que tal vez hubieran sido más útiles para limitar algunos de los efectos adversos de las medidas adoptadas. La discreción, en muchos casos, ha sido suplida por una dedicación material muy intensa.

La salud pública, y más concretamente los profesionales con presencia social (gubernativa, académica o sanitaria) han priorizado apoyar decididamente las recomendaciones oficiales --lo que resulta comprensible, sobre todo al principio del episodio--, antes que contribuir a explicar el significado de los indicadores que se han empleado para monitorizar la evolución del problema.

A pesar de que las sociedades científicas y profesionales que representan facetas específicas de la salud pública como la epidemiología, la economía de la salud, la enfermería comunitaria, etc., han desarrollado iniciativas de reflexión y comunicación a la población, no se ha planteado siquiera una estrategia multidisciplinaria, que parece la aportación más genuina y útil de la salud pública.

La institución gestora debería disponer de un mapa lo más preciso posible sobre los agentes relevantes, sobre quiénes toman las decisiones sobre la prevención y el control, que debe contar con los siguientes aspectos:

a) Debería saberse cómo se toman las decisiones y qué papel tiene cada agente. Para ello:

- Debería diseñarse e implementarse una **estrategia multidisciplinar coherente** y coordinada, fomentada al menos por las sociedades científicas y profesionales que se consideran de Salud Pública.
- En este sentido, debería garantizarse una **coordinación adecuada de las fuentes de información**, de modo que los agentes relevantes conocieran el papel que deberían desempeñar, y los argumentos que justifican las decisiones que se toman para el control de la pandemia.
- Debería garantizarse una **coordinación** efectiva entre las unidades de vigilancia y las de promoción de la salud (control y prevención) de las distintas administraciones (central, autonómica y local) competentes en salud pública
- Debería mejorarse la gestión de los equipos implicados, cuidar los procesos y la comunicación entre grupos de trabajo. El objetivo debería ser conseguir que nadie --de los agentes implicados-- se sienta fuera del proceso.

- Por ello, debería reformarse y **profesionalizarse la función directiva**, evitando en lo posible la utilización partidista de la situación.

b) No se deberían ocultar las **diferencias de criterio** cuando se producen, sino asumirlas sin que lleven a la paralización. La institución debería tomar las decisiones que estime adecuadas, aun a riesgo de equivocarse, y debería ser obligatorio -- de oficio-- rendir cuentas sobre las decisiones adoptadas, explicar los motivos que las han inducido y las consecuencias que han ocasionado.

c) Conviene neutralizar en lo posible el **miedo**, tanto de la población (evitar el alarmismo), como de los profesionales y de las autoridades sanitarias (miedo a equivocarse). Para ello es necesario reforzar las estructuras de la administración de la salud pública para que permitan afrontar la situación lo más serena y sensatamente posible, no solo en periodo de alarma sino durante la preparación para la misma, explicando claramente el significado técnico de los indicadores empleados y evitando especulaciones alarmistas.

d) Debería fomentarse la **participación activa de la ciudadanía**, no solo para evaluar la adhesión y los efectos de las medidas adoptadas, sino también para conocer las expectativas y las preferencias de la población y, en lo posible, debería involucrarse a las comunidades en la toma de decisiones, de modo que se genere más confianza y credibilidad.

Por otra parte, existen **instituciones** que deben evolucionar y desarrollarse. Deberían corregirse las debilidades y limitaciones que ya existían antes de la pandemia: recursos mermados, dominancia de la visión clínica y hospitalocentrista, dificultad de trabajar la intersectorialidad (débil coordinación socio-sanitaria a nivel de ministerio, CC.AA y a nivel territorial), ausencia del enfoque de equidad en salud (falta de variables sociales en las encuestas de casos y los sistemas de información, intervenciones estandarizadas), resistencia a involucrar a la población y los agentes sociales en los análisis y decisiones, perfiles profesionales que dificultan la interdisciplinariedad, débiles estructuras comunitarias, etc. Para ello, al menos, debería incidirse en dos instituciones:

i) Debe reformarse el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS)** de modo que se regulen adecuadamente los consensos técnicos y las decisiones políticas adoptadas. Los análisis técnicos deben ser previos a las decisiones políticas, y deberían hacerse públicos. Se debería reformar el reglamento para que los acuerdos sean ejecutivos y obligatorios para todas las CC.AA. en situaciones extraordinarias (solo entonces no supondría una invasión de competencias). En situaciones no extraordinarias sería conveniente que las excepciones o desmarques de los consensos tuvieran que ser razonados, y acompañados de un informe que justifique la decisión.

ii) La creación y desarrollo de la **Agencia Estatal de Salud Pública (AESAP)** debe generar credibilidad en la sociedad, para lo cual es imprescindible el

consenso político y el consenso profesional. Esta agencia debe regirse por independencia de criterio, prestigio profesional y capacidad de respuesta, a través de la coordinación en red de los diferentes órganos de salud pública existentes, tanto a nivel nacional como autonómico y local. Una credibilidad que la coordinación más intensa con las instituciones europeas probablemente facilitaría.

Finalmente, estas costuras, descosidos o desgarros, tienen que arreglarse en periodos interpandémicos, sin esperar a que llegue la próxima pandemia. Si no aprendemos de estas debilidades y las superamos, estaremos condenados a repetir los mismos errores y a afrontar morbi-mortalidad injustificada, sobre todo en la población más débil y menos protegida. Depende de toda la sociedad asumir estos retos, pero especialmente de las autoridades elegidas democráticamente para ello, y de los profesionales que tenemos encomendada esta misión.